

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DÉBORA SOUZA GARCIA

**O ESTUDO DA SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL: O DUELO ENTRE A
AMPLIAÇÃO DA LEGISLAÇÃO E O DESMONTE NEOLIBERAL.**

RIO DE JANEIRO 2015

DÉBORA SOUZA GARCIA.

O ESTUDO DA SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL: O DUELO ENTRE A AMPLIAÇÃO DA LEGISLAÇÃO E O DESMONTE NEOLIBERAL.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Escola de Serviço
Social da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do
grau de bacharel em serviço social.

Orientador: Gustavo Repetti

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os estudantes de Serviço Social, e principalmente a todos que se interessam em pesquisar e trabalhar no campo da saúde pública no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e familiares que sempre estiveram ao meu lado oferecendo todo o apoio necessário, principalmente a minha mãe simplesmente por ser um ser humano tão fantástico.

Ao meu orientador professor Gustavo, por sua paciência e persistência inabalável, por acreditar meu muito obrigado.

Alguns profissionais foram responsáveis por me fazer sentir assistente social, despertar a paixão pela profissão ultrapassando a profissão como meio de subsistência. Agradeço a professora Rita pelo acolhimento, ao meu eterno exemplo de profissional Valéria pela inspiração (serão eternamente responsáveis pelo que cativaram).

Aos idosos do PAIPI, obrigado por me instigarem a querer ser melhor profissional e ser humano. Dedico a todos vocês esse trabalho de conclusão de curso.

Fazendo essa caminhada possível e mais leve estão meus amigos, Rafaela, Gabriele, Rafael, Aline, Vitor, Diego, Adriana, Abel, Tiago, Vanessa e Francine espero que não me canse de agradecer por estarem sempre tornando a vida mais leve.

Vinicius, ao me dar novos objetivos para a vida e muitas vezes simplesmente me por me aturar sem reclamações, muito mais que obrigado.

Glossário de Siglas

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CPMF- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSN - Conferência Nacional de Saúde

CUT- Central Única dos Trabalhadores

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNI- Política Nacional do Idoso

PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Eu, DÉBORA SOUZA GARCIA, DRE nº :106032789, AUTORIZO a Escola de Serviço Social da UFRJ a divulgar total ou parcialmente o presente Trabalho de Conclusão de Curso através de meios eletrônicos e em consonância com a orientação geral do SiBI. Rio de Janeiro, / / .

.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
CAPÍTULO 1 – A Política de Saúde no Brasil a partir da constituição de 1988 : Projetos em disputa.....	10
1.1– Constituição de 1988.....	11
1.2 – VIII Conferencia Nacional de Saúde	13
1.3 – Reforma Sanitária	15
1.4 – Sistema Único de Saúde – SUS.....	16
1.5 – Entendendo o estado de bem estar social.....	20
1.6 – O Neoliberalismo.....	21
1.7 – A saúde no Brasil e os projetos em disputa.....	23
 CAPÍTULO 2 – O ESTUDO DA LEGISLAÇÃO SOBRE O IDOSO COMO EXPRESSÃO DA REFORMA SANITÁRIA E OS LIMITES POSTOS PELA LÓGICA NEOLIBERAL.....	29
2.1 – Contextualizando a Terceira Idade no Brasil.....	30
2.2 – Política Nacional do Idoso - PNI.....	30
2.3 – Estatuto do Idoso.....	31
2.4 – Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI.....	33
2.5 – O Idoso e a Família.....	34
2.6 – A Judicialização das Políticas Sociais.....	37
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
 REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil, implementada a partir da constituição federal de 88, é resultado de grandes lutas sociais e ainda é uma arena de disputas no que se refere a sua materialização.

A mudança de como as políticas sociais foram estabelecidas constitucionalmente (universais, equânimes e integrais), para como vem sendo praticadas a partir da década de 90 (focalizada e pontual), se torna palco de tensões e disputas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o projeto de saúde voltado para o mercado estão atualmente em disputa, e a importância da defesa do SUS como a política ideal a ser plenamente implantada é a cada dia mais urgente.

Entendemos que o Brasil está aumentando cada vez mais sua população idosa, portanto o problema da saúde da terceira idade é um dilema a ser debatido hoje. A partir desta constatação este trabalho pretende analisar algumas particularidades da política voltada para o idoso – no que diz respeito especificamente à política de saúde - como expressão da reforma sanitária.

As mudanças na pirâmide etária brasileira atentam para o setor mais envelhecido da sociedade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Podemos considerar idosos pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento. Sendo este o segmento que mais demanda o sistema público de saúde.

A questão da terceira idade tomou o cenário político social, e vem sendo alvo de um grande número de iniciativas que alcançam esse tema. A elaboração de uma legislação ampla, que trata de sua proteção, prevenção de doenças e promoção de um envelhecimento saudável, amplia a discussão do tema, mas não promove de fato uma mudança no modo como essa legislação está sendo operada na prática.

Sendo assim, coube a esse trabalho uma análise histórica, bibliográfica e documental da temática da saúde e do envelhecimento em concomitância com o início da Constituição de 88. Para tanto, tratamos do SUS e de seus desafios no neoliberalismo, seguidamente das questões do idoso e das legislações elaboradas para a terceira idade.

Ainda como resultado das falhas existentes no cumprimento das demandas, há o aumento do uso do poder judiciário, a judicialização, que vem sendo utilizada como um instrumento de acesso a direitos previstos na legislação (solicitação de vagas em leitos hospitalares, cirurgias de emergências que não estão sendo realizadas e falta de remédio gratuito para tratamento de doenças crônicas).

A questão da saúde do idoso, com todos esses elementos vem a um ponto em que as tensões estão cada vez mais complexas e diversificadas. A análise atenta para necessidade de reflexão e o encaminhamento de uma possível ruptura dos atuais moldes, pressionado pelos ideais neoliberais.

CAPÍTULO 1

A política de saúde no Brasil a partir da Constituição de 1988: Projetos em disputa.

1.1 A Constituição de 1988

Na década de 80, no Brasil, deu-se a transição do regime militar para o regime democrático. É sobre o binômio dialético continuidade x ruptura (BRAVO,1996) que a Assembleia Nacional Constituinte se deu, em 15 de Novembro de 1986.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. (BRAVO,2006:10)

Segundo a autora:

a Constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil. (BRAVO,1996:68)

Bravo (1996), aponta ainda, que a Constituição e sua formulação vai depender das correlações de forças existentes, exemplificando o caso da reforma agrária como uma grande vitória dos setores reacionários. Contudo, afirma que houveram alguns avanços sociais.

Ainda houveram atores que mereceram destaque, como a igreja, movimento sindical, setores profissionais, movimento feminista. (BRAVO ,1996 :70)

A ruptura, portanto, se dá no plano político. No que diz respeito ao modelo de Estado antes ditatorial, reestabelecendo direitos políticos e individuais, promovendo a descentralização política e permitindo as eleições diretas para presidente. Sobre a descentralização ocorrida, Bravo (1996) ainda destaca:

a descentralização com a forte vertente de municipalização; a integração dos serviços e equipamentos sociais em nível local; a

participação popular nos processos de decisão, implementação e controle das políticas; e, finalmente, a distribuição direta de recursos em dinheiro às famílias. (BRAVO, 1996:72)

Contudo, ainda que o texto constitucional aponte um avanço no campo social, a autora, em sua análise, traz que na transição ao Regime Democrático houveram mais aspectos continuístas. O agravamento da crise econômica, no final da década de oitenta, promove um giro conservador.

Ao abordar a falta de uma ruptura com a cultura política já existente, Teixeira e Mendonça afirmam que houve no Brasil um modelo de transição conservadora. No cenário nacional esse continuísmo deve-se, segundo as autoras, a política econômica dos governos militares que obtiveram bons indicadores. Resultando, portanto no “comprometimento dos setores médios e empresariais beneficiados pelos governos militares, de sorte que as elites civis e militares que permaneceram ocupando postos no governo de transição”.(TEIRXEIRA; MENDONÇA,1989:204)

Sobre esse modelo de transição, temos:

(...) o modelo de transição pactada no qual o Brasil se incluiria pode ser compreendido como uma transição conservadora já que reedita o caráter arcaico das relações entre as classes sociais, elites políticas e Estado, prevalentes em toda história política brasileira. Por outro lado, implica a existência de uma escala muito restrita de liberdade de ação dos governos democráticos insuficientes para alterar o dramático quadro social consolidado ao longo de dezenas de anos de desenvolvimento excludente. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989:204)

Bravo, em sua análise, traz diversos autores que vão discursar sobre a predominância continuísta no cenário brasileiro, dentre eles Florestan Fernandes, que afirma: “não rompeu com o passado, remoto ou recente. Não combateu de frente a ditadura. Contornou-a e prolongou-a.” (FERNANDES apud BRAVO, 1996:69).

A desesperança tomou conta da população e os movimentos sociais, que foram tão importantes em períodos anteriores, ficaram sem potencial de mobilização e participação, precisando rever seus meios, estratégias, aliança. Os partidos políticos também enfrentaram uma crise de credibilidade, de representação. A visão da sociedade com relação à política e aos políticos era de descrédito, descaso, identificando-os como corruptos, interessados apenas nos seus interesses. (BRAVO, 1996:68)

O debate do tema saúde, “contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor” (BRAVO,2006:8). Os grupos a seguir se destacaram representando diversos interesses que se alinharam ao projeto que se opõe ao SUS:

- Grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais;
- Associação das Indústrias Farmacêuticas;
- Plenária Nacional pela Saúde, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.

1.2 VIII Conferência Nacional de Saúde

Segundo Bravo (1996), a VIII Conferência Nacional de Saúde teve papel fundamental na discussão da questão da Saúde no Brasil. Realizada em Março de 1986, em Brasília, estava em pauta:

- A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;
- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização, participação e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde;
- Financiamento setorial.

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO,1996:)

É nesse período, no processo de redemocratização, marcado por grande efervescência na política nacional, que se dá o debate sobre saúde. Tal debate garantiu uma discussão a cerca da reforma sanitária, durante a 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CSN), assunto que trataremos adiante.

A 8ª Conferencia Nacional de Saúde reuniu em todo o seu processo de organização e desenvolvimento representantes das principais instituições e que atuam no setor, além de representantes da sociedade civil, grupos de profissionais e partidos políticos. Essa ampla participação a distinguiu das conferencias anteriores e fez dela um marco no processo de reforma sanitária. Em seu documento final, são consolidados os princípios e propostas da reforma, que seriam posteriormente apresentados e defendidos pelo Movimento Sanitário junto à Assembleia Nacional Constituinte, responsável pela elaboração da Constituição a ser promulgada em 1988. (MIRANDA Apud ,LOBATO, 2000:18).

Ainda de acordo com Miranda (2009), as discussões na conferência foram fundamentais para o estabelecimento de preposições que nortearam o movimento pela reforma. Neste movimento, quatro eixos temáticos merecem destaque, por sintetizarem os debates de quase duas décadas no campo da saúde:

- A unificação institucional dos serviços de saúde;
- A descentralização dos serviços de saúde;
- A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos;
- A participação popular nos serviços de saúde.

Miranda destaca ainda, que o movimento da Reforma Sanitária na 8ª CSN ganha centralidade, e o texto formulado na conferência é norteado pelos princípios da reforma, “sendo uma proposta política concreta debatida por cerca de 5 (cinco) mil participantes.” (MIRANDA, 2009:28).

a saúde plena não envolve apenas a recuperação da doença, significa ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes

desigualdades nos níveis de vida. (MIRANDA apud, ESCOREL, 2009:28)

1.3 Reforma Sanitária

Entender a Reforma Sanitária nos exige voltar ao início do regime ditatorial, onde segundo Miranda (2009), originou-se o Movimento Sanitário. O fechamento das vias de expressão do pensamento político, promovido pela ditadura, possibilitou o estabelecimento da Universidade como espaço de contestação.

O Movimento Sanitário Brasileiro, organizado desde meados dos anos 70, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, parcela da burocracia, organizações populares e sindicais em torno da luta pela garantia do direito universal à saúde e construção de um sistema único estatal de serviços, consolidou estes objetivos na proposta de uma ampla Reforma Sanitária. (SANTOS, 2004:63)

Teixeira e Mendonça na tentativa de sistematizar uma teoria acerca do tema, elaboraram:

- Uma conceituação- “O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.
- Uma referência histórica- “Regra geral, os processos da Reforma Sanitária emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios)”.
- Uma visão processual- “A (primeira) hipótese que podemos levantar afirma que a incorporação das demandas sanitárias por 42 meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é, ao mesmo tempo que resultante da correlação de forças existentes, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política”. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989:164)

Como podemos analisar, temos nesse momento no Brasil um cenário favorável ao movimento sanitário, contudo as autoras afirmam que na necessidade de subsistência da população e a forte repressão a movimentos políticos, há um esvaziamento da população a política. Esse é uns dos

principais problemas do movimento, num primeiro momento, a adesão de segmentos populares. Somente no enfraquecimento do regime que voltamos a ver a participação popular na cena política.

Santos aponta que o Movimento Sanitário:

(...)conseguiu articular a produção científica à busca de novas práticas e à difusão de uma nova consciência sanitária, através de projetos de “Medicina Comunitária” e de outros projetos locais em convênios com secretarias de saúde. (SANTOS,2004:65)

O alinhamento a universidade foi de grande importância, pois para além do conhecimento acadêmico produzido, a experimentação de práticas alinhadas a necessidade sanitária nacional faz com que o movimento tenha cada vez mais compreensão da demanda populacional, saindo da esfera somente de interesses políticos e privados.

Todos esses projetos caracterizam-se pelo seu caráter experimental e localizado, sempre permanecendo à margem do sistema de saúde onde predominava a política de privatização já referida. No entanto, foi através deles que o Movimento Sanitário pôde experimentar na prática uma política alternativa para o setor saúde, na qual buscava-se desenvolver um sistema mais racional e adequado tanto ao quadro nosológico existente como aos recursos disponíveis no país. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989:205)

O esgotamento do militarismo no governo, também é vivenciado pelo antigo modelo de saúde, que por ser ligado ao trabalho e a previdência social, num momento de crise vê suas bases fragilizadas. É nesse momento que são chamados atores sociais, no intuito de resolver o problema, para a gestão desse modelo. Ocupam administrativamente o antigo modelo, servidores já alinhados ao Movimento Sanitário, com interesses na aplicação desse modelo. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989)

Para Miranda, “a Reforma Sanitária vai além de uma mera reforma administrativa, vai se buscar uma reforma assistencial, o que remete a necessidade de novos modelos assistenciais para a esfera da saúde.” (MIRANDA, 2009:44)

1.4 Sistema Único de Saúde - SUS

Em 1987 houve uma proposta, implementada no Brasil, que foi anterior ao SUS. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) promoveu a

mudança de uma política de saúde focada na assistência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Miranda salienta que a descentralização favorece que Estados e Municípios tenham funções nas políticas que serão implementadas em seus territórios, de modo que a gestão e proposição de programas possam ser realizados por conta própria (MIRANDA, 2009).

A mudança não ficou somente a cargo da descentralização, há nesse momento uma promoção da Reforma Sanitária, modificando práticas institucionais com base nas ideias sanitaristas (MIRANDA, 2009).

Para Miranda (2009:45), o SUDS continha algumas diretrizes. São elas:

- Universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde;
- Descentralização das ações de saúde;
- Implementação dos Distritos Sanitários;
- Desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras;
- Desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Miranda salienta que, nesse momento, o setor privado e serviços filantrópicos foram utilizados a fim de darem maior alcance a saúde pública, através de “contratos regidos pelas normas de direitos públicos” (MIRANDA, 2009:47).

Assim, após uma reformulação com bases na Reforma Sanitária, e um amplo debate na constituinte, o SUS foi consolidado na Constituição Federal de 1988. A diminuição do uso do âmbito privado na saúde se dá através do fortalecimento do setor público.

É no decorrer do processo de consolidação dos SUDS que se estabelecem os debates na Assembleia Nacional Constituinte sobre a elaboração do capítulo da saúde na nova Constituição. O capítulo retrata todos os fundamentos do pensamento da Reforma Sanitária, reorganizando o sistema de saúde brasileiro, fixando diretrizes pautadas na constituição de ações e serviços públicos de saúde que se integram através de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. (MIRANDA,2009:47)

O SUS, de acordo com Bravo (2006), foi a maior mudança na parte administrativa da saúde em nosso país. Sua criação resultou numa grande vitória, pois em sua maioria as demandas propostas foram atendidas.

Para Teixeira (1989:50-51), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA apud BRAVO).

Na área da saúde, a legislação complementar, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, não saiu imediatamente após a aprovação da constituição. Somente em 1990 as leis 8080 e 8142¹ são aprovadas, sendo resultado “dos vários acordos políticos e das pressões populares, reafirmando princípios da reforma sanitária” (MIRANDA, 2009:48).

¹ As Leis 8080/90 e 8142/90 são chamadas **Leis Orgânicas da Saúde – LOS**. Tratam-se de leis complementares que detalham a organização e o funcionamento do novo sistema de saúde estabelecido pela Constituição Federal.

Lei 8080 de 19/09/1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8142 de 28/12/1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS)

Essas leis vão determinar as competências federais, estaduais e municipais, demarcando a descentralização, assim como as ações comuns. Entre elas estão o planejamento das ações em saúde, o financiamento, a pesquisa e os estudos, a fiscalização e avaliação, a coordenação, a articulação dos planos e das políticas, entre outros (MIRANDA, 2009).

Segundo a autora, a municipalização da saúde obteve grande êxito, pois até os anos 2000, 99% dos municípios já estavam integrados ao SUS (ARRETCHE apud MIRANDA, 2009). Miranda afirma que ficou a cargo dos municípios “a responsabilidade pela maioria das ações de saúde, cabendo aos Estados e à União, funções diversificadas” (MIRANDA, 2009:52).

Embora, a municipalização tenha significado um grande avanço para o sistema de saúde brasileiro, é preciso reconhecer que tal processo não se desenvolveu com a ausência de conflitos e de resistências, pois exigia um pacto federativo mais cooperativo. Os principais elementos geradores de conflitos caracterizaram-se pelos embates em torno de recursos, fragmentação institucional, centralização excessiva, frágil capacidade reguladora pouca tradição na esfera de participação social. (MIRANDA, 2009:54)

A universalidade, equidade e integralidade como princípios marcam o SUS, assim como a atenção voltada para a prevenção de doença e promoção da saúde. Uma contraposição clara ao que estava posto anteriormente, que além de depender muito da iniciativa privada, privilegiava a vinculação trabalhista no acesso ao antigo INAMPS.

Ainda que a promulgação da Constituição de 1988 tenha significado um avanço na saúde, com a criação do SUS, o agravamento da crise econômica nos anos 90, e a Política de Ajuste Neoliberal, resultaram numa não implementação plena do novo sistema.

Falar do neoliberalismo implica na contextualização de sua criação e implementação, assim como explicitar o modelo anterior e as razões para o seu declínio. Para isso apresentaremos o Estado de Bem Estar Social.

1.5 Entendendo o Estado de Bem Estar Social

No cenário mundial do pós-guerra, consolidou-se o Estado de Bem Estar. Apesar desse modelo assumir genericamente essa denominação, não

se trata de um conjunto engessado de normatizações estatais adotadas por vários países, caracterizando-se por formas variadas de implementação. Entretanto, o que se pode chamar de Estado de Bem Estar e quais são essas formas?

Para Laurell, “a análise das políticas sociais remete ao âmbito estatal, onde elas se articulam e constituem a substância do Estado de Bem Estar” (LAURELL, 1992: 153), sendo políticas sociais “o conjunto de medidas e instituições que tem por objeto o bem-estar e os serviços sociais” (LAURELL, 1992: 153).

O desenvolvimento e o conteúdo diferenciado das políticas sociais se apresentarão de formas diferenciadas, ditando também suas tipografias.

Sobre essa afirmação temos:

O fato de o nível relativo dos gastos sociais, geralmente, estar relacionado com o tamanho do Produto Interno Bruto (PIB) de um país, não significa que o conteúdo, orientação e efeitos da política social sejam uniformes. Ao contrário, essas características são determinadas pelos processos políticos, culturais e ideológicos particulares. A análise das políticas sociais, então, deve afastar-se do simples critério da magnitude dos gastos sociais e se tornar histórico-processual, o que significa contemplar o seu processo de constituição, os fundamentos subjacentes, sua orientação-conteúdo e suas implicações na relação entre forças políticas. (PIERSON apud LAURELL, 1992: 154)

No campo do desenvolvimento classificatório dos modelos de Estados de Bem Estar, a mais utilizada é a de Titmus, que segundo Fleury, conjuga critérios como mercado, sistema público e grau de redistribuição dos sistemas de proteção social. Identificando assim três modelos:

- Residual de Política Social, de caráter emergencial, compensatório e residual;
- Meritocrático Particularista de Política Social, relação entre mercado e trabalho, pois em caso de perda da capacidade laboral o trabalhador receberia benefício condizente a situação anterior;
- Institucional Redistributivo de Política Social, garantia de bens e serviços e renda mínima a todos os cidadãos. (FLEURY, 1995)

Esping-Andersen, numa abordagem semelhante a Titmus, assume como “critério a democratização social do capitalismo, vista sua estrutura de classes e das duas relações” (FLEURY, 1995:106), encontrando três tipos de modelos, sobre os quais Laurell formula:

1) O social-democrata, exemplificado pelos países escandinavos, e que se caracteriza pelo universalismo e por uma importante redução no papel do mercado no âmbito do bem-estar social; 2) o conservador-coorporativo, exemplificado pela Alemanha e pela Itália, que se baseia nos direitos sociais, mas que perpetua uma diferenciação social importante, e que envolve efeitos redistributivos mínimos; e 3) o liberal, exemplificado pelos EUA, Canadá e Inglaterra, que é dominado pela lógica do mercado. (SPING-ANDERSEN APUD LAURELL, 1992:154)

No final dos anos 70 e início dos anos 80, o mundo vive grave crise econômica. Com a finalidade de superar essa crise uma nova forma político ideológica de se organizar o estado ganha força, e “proporciona uma explicação para a crise e uma proposta para sair dela” (LAURELL,1992:161).

O modelo político utilizado como proposta de resolução aos problemas econômicos vividos nesse período, no Brasil, foi o neoliberalismo. Sobre esse modelo, traremos no próximo item uma breve apresentação.

1.6 Neoliberalismo

Para o neoliberalismo, é no mercado que está a solução para a crise e sua livre regulação. Eliminando a intervenção do Estado nessa área, “tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, através da privatização e desregulamentação das atividades econômicas.” (LAURELL,1992:162).

Segundo os neoliberais é “preciso combater o igualitarismo, pois a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre indivíduos no mercado” (LAURELL,1992:162). A ideia é criar um Estado que crie e preserve condições ideais ao desenvolvimento do mercado.

As principais características do neoliberalismo, para Laurell(1992), são:

- Processo acelerado de privatizações;
- Desregulamentação financeira;
- Abertura externa;
- Desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas;
- Reestruturações das políticas sociais.

Laurell aponta em sua narrativa, o ataque feito pelos neoliberais sobre as políticas sociais do Estado de Bem Estar, já que para eles, as mesmas devem ser atribuídas à família, à comunidade e aos serviços privados, cabendo a esfera pública garantir o mínimo necessário para a sobrevivência, mediante comprovação de “condição de indigência”. “Portanto, o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais.” (LAURELL,1992:162).

Sabendo-se como o estado neoliberal se organiza, vale resaltar que em vários países essa implementação/transição de regime estatal se dá de forma diferenciada. Nos países latino americanos, como é o caso do Brasil, há uma “ofensiva neoliberal” tanto nas políticas econômicas, quanto nas políticas sociais. Nas políticas econômicas observa-se uma abertura, enquanto que nas políticas sociais as dificuldades de implementação são marcadas por...

estão sendo aplicadas políticas mais ortodoxas, ao mesmo tempo em que se instrumentalizaram não somente os postulados de política econômica, mas também, e mais radicalmente, os de política social. (LAURELL,1992:166)

A autora ainda apresenta, em sua análise, a dívida pública como o causador da crise fiscal nesses países, e não como consequência dos gastos sociais excessivos. O crescimento da dívida externa e as exigências feitas pelos órgãos internacionais para a garantia do pagamento da dívida, acelera o esvaziamento de gastos públicos em políticas sociais.

(...) técnicos da ONU calculam que a taxa de juros da dívida externa aumentou nos anos 80 de 4% para 17%, levando-se em conta a queda nos preços dos produtos de exportação dos países subdesenvolvidos. Somando à desregulamentação financeira, isso

acabaria provocando o crescimento desmesurado do serviço da dívida pública. (LAURELL,1992:168)

Uma das propostas de enfrentamento a este cenário descrito na citação consiste na mercantilização dos serviços públicos, ou seja, cobrar pelos serviços a fim de torná-los competitivos e elevar o orçamento público. “Com essa medida seriam atingidos três dos objetivos neoliberais: remercantilizar os bens sociais; reduzir o gasto social público, e suprimir a noção de direitos sociais.” (LAURELL;1992:169).

1.7 A Saúde no Brasil e os Projetos em Disputa

No Brasil, uma tentativa de Estado de Bem Estar é feita a partir da Constituição de 1988, tardiamente, se comparada aos países Europeus. Contudo, a constituição é aprovada num momento de agravamento da crise econômica que se instalava mundialmente, sendo a política de estado apontada como solução, que por sua vez contraria aos ideários de seguridade social universalista recém aprovados.

Bravo e Matos apontam que há no cenário contemporâneo dois projetos em disputa: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Saúde Articulado ao Mercado (BRAVO;MATOS,2001). É em sua concepção um reflexo do próprio cenário político, onde há a tentativa de fixar plenamente o sistema neoliberal.

O projeto da Reforma Sanitária, é o que resulta na implementação do SUS. Para Bravo e Matos (2001), sua concepção tem como fundamentos:

- Melhor explicitação do interesse público;
- Democratização do estado;
- Criação de uma esfera pública com controle social;
- Democratização do acesso;
- Universalização das ações;
- Descentralização
- Melhoria da qualidade dos serviços, pautado na equidade e integralidade das ações;

- Saúde como direito de todos e dever do estado.

O projeto de Saúde Articulado ao Mercado é um modelo que está em concordância com as políticas neoliberais. Para Bravo e Matos(2001), tem como principais tendências:

- Contenção dos gastos com racionalização da oferta;
- Descentralização, com isenção de responsabilidade do poder central;
- Focalização.

Nesse projeto é cabido ao Estado, somente, a garantia de atendimento a quem não tem acesso ao serviço privado. Para Laurell, com a situação já precarizada dos serviços públicos, cria-se uma preferência, daqueles que tem condições de pagar, pelo serviço privado, que por sua vez absorve uma parcela do mercado com “capacidade de pagamento e baixo risco de adoecer” (LAURELL,1992:170). A tendência do setor público, por conseguinte, é ficar cada vez mais deteriorado com o constante binômio corte de gasto e assistência a parcela da população com alto risco de adoecimento.

Na década de 90, o executivo brasileiro apresentou por meio de ações políticas uma falta de interesse de implementar políticas de saúde acordadas com os preceitos recém aprovados na constituinte, apesar da aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90, que em sua conjuntura formam a Lei Orgânica da Saúde, que demarcam um avanço.

Bravo aponta a gestão do presidente Fernando Collor de Mello como uma tentativa de “implementar de forma efetiva o projeto neoliberal” (BRAVO; MATOS,2001:201). Para a autora não há nesse momento uma contra proposta ao projeto de saúde, contudo há um “boicote sistemático e contundente à implementação do SUS.” (BRAVO; MATOS; 2001:201) Nesse período, houve uma proposta de emenda constitucional que propunha a comercialização de sangue e seus hemoderivados (BRAVO; MATOS,2001). Esta emenda constitui uma expressão concreta da substituição da concepção de direito universal pela mercantilização do acesso.

No governo de Itamar Franco, estiveram à frente do Ministério da Saúde dois ministros. Portanto, Bravo e Matos dividem esse governo em dois momentos: num primeiro momento, a gestão de Jamil Hadad; e num segundo momento, com Henrique Santillo, em que se assumem diretrizes diferenciadas em relação à saúde. (BRAVO;MATOS,2001)

Na gestão de Hadad, Bravo e Matos apontam que “(...) significou um freio ao sucateamento do setor saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS” (BRAVO; MATOS, 2001:202). Já a gestão Santillo “é marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS, mas também, por outro lado, não apresenta propostas contrárias” (BRAVO; MATOS, 2001:202).

A partir de alguns avanços na saúde, datados sobretudo no início do governo Itamar, nada efetivamente mudou na qualidade de vida da população. Além do êxito do plano real, que significa concretamente a efetivação do projeto neoliberal no país [...] (BRAVO; MATOS,2001:203)

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, Ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco, se dá de forma efetiva o projeto neoliberal, aparecendo pela primeira vez um projeto alternativo ao SUS e afinado com os ideários neoliberais.

Eleito em 1993 e reeleito em 1999, seu mandato é longo, Bravo e Matos classificam com dois momentos diferentes. Para os autores, em seus primeiros anos de governo, Fernando Henrique “nada fez para intervir nessa política setorial” (BRAVO; MATOS, 2001:204), havendo somente o interesse do Ministro da Saúde na aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) onde se faz pouco “esclarecimento para a população e, principalmente, sem discussão com esta sobre a criação desse novo imposto.” (BRAVO; MATOS, 2001:204).

No segundo momento do mandato, é apresentado um novo sistema para a saúde. Esse documento chamado “Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil”, lançado em 1997, dá os ditames para um novo sistema com primazia para a economia e não o social, o que segundo Bravo e Matos, é uma característica marcante nesse governo.

Na transição para o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, havia uma grande expectativa de um aprofundamento do SUS, como foi idealizado e descrito na Constituição Federal. Contudo, para Bravo, mantém-se a lógica do antigo governo, ou seja, “a polarização entre os dois projetos” (BRAVO, 2006:16). Em sua reflexão, Bravo aponta que na gestão Lula da Silva houveram aspectos “inovadores e outros de continuidade” (BRAVO,2006:16). Logo, vale aqui ressaltar alguns deles.

Inovadores:

- O retorno da concepção de Reforma Sanitária;
- A escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério;
- Convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde;
- A escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde;
- Participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde;
- Criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar;
- Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde, regulamentar profissões e o mercado de trabalho na área.

Aspectos de continuidade:

- Ênfase na focalização, na precarização e na terceirização dos recursos humanos;
- A falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social;
- Centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica;

- Contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas;
- O desfinanciamento.

Para Bravo,

a constituição federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO,2006:10)

Porém, ainda segundo a autora,

as questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina (BRAVO,2006:11).

Ao se implementar a política de saúde, a questão do financiamento já era um assunto que necessitava um aprofundamento na discussão. Ao passar dos anos, com uma nova proposta, contrária ao SUS e mais adequada aos ideários neoliberais, forma de governo adotada desde o governo Collor, o financiamento do SUS vem sofrendo sucessivos ataques.

Bravo aponta algumas dessas ações, tais como:

proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da seguridade social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (BRAVO, 2006:19)

Ainda no governo Lula da Silva, havia a ameaça da desvinculação obrigatória dos recursos do PIB na saúde e educação, o que arrecadaria num desfinanciamento ainda maior da saúde. Essa ameaça não foi cumprida, findando-se o mandato do governo Dilma Rousseff, sucessora política e ideológica de Lula.

Para a autora, enquanto os recursos não formarem um fundo único que fomenta o sistema de saúde, a prevenção e a atenção curativa não coexistirem, a prioridade ser ainda no atendimento médico-hospitalar, e não em políticas de promoção e proteção da saúde e, por fim, enquanto a reforma visar dividir o SUS em duas partes, hospitalar e básico, não teremos avanços significativos no Sistema Único de Saúde. (BRAVO, 2006)

A falta de interesse político, causado pela política econômica ideologicamente divergente aos preceitos do SUS gera somente um prejudicado, o usuário da saúde pública. A medida que esses usuários tem uma necessidade maior de acessar essa política, necessidade essa acompanhada geralmente por um aumento na fragilidade da saúde, enfrentamos a ausência de respostas por parte do Estado para a resolução desse conflito.

A terceira idade é a faixa da população, loco privilegiado desse conflito, onde vai ser vivenciado no cotidiano a fragilidade dessa política. O aumento da legislação voltada para esse setor da sociedade marca o conflito entre os interesses, onde as políticas sociais garantidas na constituição de 88 estão em contraposição a política neoliberal já amplamente enraizada na política vigente.

No próximo capítulo vamos apresentar essas legislações e as dificuldades desse setor no acesso a saúde.

CAPÍTULO 2

O estudo da legislação sobre o idoso como expressão da reforma sanitária e os limites postos pela lógica neoliberal

2.1 Contextualizando a Terceira Idade no Brasil

Diante dessa conjuntura desfavorável à saúde pública universalista, acompanhamos ao longo dos anos um aumento exponencial da população idosa brasileira. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e irreversível, de grande impacto nas estruturas sociais, políticas, econômicas e culturais. Estudos demográficos preveem cerca de um bilhão de idosos no mundo no ano de 2025, sendo que dois terços deles estarão em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil.

De acordo com a Tábua de Mortalidade (IBGE, 2012) a expectativa de vida brasileira no ano de 2012 alcançou a média de 74,6 anos, somando 3 anos e 6 meses à vida dos brasileiros em relação ao ano de 2002. A expectativa média de vida das mulheres continua maior que a dos homens, e dentre os idosos, o grupo que mais cresce são os com mais de 80 anos.

A saúde do idoso é uma área em constante debate nas últimas décadas. Traz à tona uma discussão, antes generalizada no que se refere à saúde, para diferentes ramos do conhecimento e contribuições de variadas áreas profissionais com formação na saúde.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável, aliada à manutenção e reabilitação da capacidade funcional, bem como o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, são fundamentos essenciais no que tange à atenção integral à saúde do idoso.

Os programas e projetos para atender estas novas demandas tem que ter como autor principal o Estado, que é o responsável por proporcionar qualidade de vida a sua população. Assim, torna-se importante a existência de políticas públicas que conduzam todo este processo.

2.2 Política Nacional do Idoso - PNI

Na Política Nacional do Idoso, Lei 8.842 de Janeiro de 1994, a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, defendendo sua dignidade e seu bem-estar. Em seu artigo 10, tal Política prevê as competências dos órgãos públicos em relação a certas áreas, como a da saúde, assistência social e cultura.

Apresenta ainda um Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, com dados sobre o perfil dos agressores, localidade

dessa violência e seus tipos, que são: abuso/violência sexual; abandono; negligência; abuso financeiro/econômico e autonegligência.

O objeto de atenção desse plano é o enfrentamento do processo de exclusão social e o fenômeno de violência social, termos que neste documento serão usados como processo de não reconhecimento do idoso como sujeito de direitos e as diferentes formas físicas, psicológicas, simbólicas e institucionais de uso de coerção da força e da produção de danos contra a pessoa idosa. (BRASIL, 1994)

Esse dispositivo legal aborda sobre a colaboração das entidades de interesse na área da terceira idade e determina suas devidas funções. Tratando-se de um documento muito normativo, também traz uma série de diretrizes que devem estar presentes nas ações para esse segmento da população.

2. 3 Estatuto do Idoso

A criação do Estatuto do Idoso em 2003, Lei 10.741, surgiu a partir da necessidade de se pensar em uma lei específica para os idosos, no que se refere aos seus direitos, visto que se trata de uma parcela cada vez maior da população. A partir desta lei, uma série de programas e serviços voltados para os idosos foram criados e melhorados, além de terem ganho maior notoriedade.

O Estatuto do Idoso é um documento muito abrangente, traz em seu corpo todos os direitos a serem acessados, a fim de a pessoa idosa alcançar plena cidadania. Reafirma os direitos fundamentais, contidos na Constituição Federal, como saúde, assistência e previdência.

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2013)

É garantido ao idoso, através do estatuto, a prioridade no atendimento em órgãos públicos ou privados, assim como a alocação de verbas e formulação de políticas, celeridade nos processos e procedimentos judiciais.

Essas garantias vão, em grande parte, no sentido da proteção desse segmento, visto que a discriminação, a negligência e a violência são passíveis de punição previstas pelo Estatuto do Idoso.

Há também regulação de órgãos públicos ou privados que atuam na área da terceira idade e punições para suas possíveis faltas, onde o Ministério Público tem papel de grande importância e destaque, pois cabe a ele a intervenção em situações de risco e vulnerabilidade dos idosos, e não só em casos que envolvem instituições, como também envolvendo particulares (não suplantando suas atribuições).

No tocante ao direito à saúde, vale ressaltar alguns pontos, pois a lei a todo momento referencia a necessidade de atenção e prevenção de doenças, principalmente relacionadas ao envelhecimento, assim como profissionais especializados e unidades de referência na área da Geronto/Geriatria. Trata-se de uma reafirmação de pontos que já se encontram na lei que regulamenta o SUS, assim como o direito a medicação gratuita que também aparece no Estatuto.

Para a saúde privada, é vedada a discriminação na forma de valores diferenciados para idosos. Como já vimos anteriormente, essa parcela se utiliza muito dos serviços de saúde, sendo muito onerosa para o setor privado, que visando somente o lucro, dá preferência a outras parcelas populacionais.

O aumento da expectativa de vida exige respostas do sistema de saúde e maior articulação entre as políticas, para oferecer a esse público alvo crescente, e as maneiras mais eficazes de atendimento às suas necessidades. Assim, surgem novas políticas sociais sobre a forma de lei, que resultam em significativas mudanças para os idosos, principalmente no âmbito da promoção e manutenção da saúde, da inclusão social e do reconhecimento de seus direitos, enquanto sujeitos sociais.

2.4 Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSPI

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI), revisada em 2006, reconhece os idosos como um grupo heterogêneo, e como tal, traz variadas

demandas a serem respondidas. Entende que embora a legislação acerca do idoso no Brasil seja avançada, elege a prática como “insatisfatória”. O SUS é seu principal meio para atingir a finalidade da política, e sendo assim, é preciso que esse esteja pronto para atender as necessidades dessa população específica.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (BRASIL,2006)

O próprio texto da PNSPI, atenta para o fato que o SUS estava anteriormente voltado para a atenção materno infantil, deixando de lado a atenção à terceira idade. Destaca-se, portanto, conceitos importantes presentes no texto da política, tais quais: indivíduos independentes, com incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se e usar o banheiro, ou ainda com dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária, como preparar refeições, controlar medicação, fazer compras e utilizar transporte público; e idosos acamados ou que vivem em Instituição de Longa Permanência para idosos.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais – infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. (BRASIL,2006)

Esses conceitos seriam conhecidos, pela equipe Estratégia Saúde da Família, através de uma “avaliação funcional”, onde se conheceria o perfil dos idosos da região. Uma vez conhecido o perfil regional, todos os recursos deveriam ser convergidos para “recuperação da máxima autonomia funcional” dos idosos.

Para a política, para um bom envelhecimento, é necessário a “promoção da saúde em todas as idades”, visto que apesar dessa parcela populacional ser

grande consumidora dos serviços de saúde, ser idoso não é sinônimo de doença e nem toda doença é incapacitante. Há ações educativas previstas pela PNSPI a fim de desvincular essa imagem do idoso como um ser incapaz.

Dentre as ações previstas há também o apoio a pesquisa na área, a qualificação de profissionais e a participação dos idosos no SUS.

2.5 O Idoso e a Família

Atualmente é comum que o alvo principal de ação das políticas sociais seja a família. Com a carência de políticas sociais, é na família que os indivíduos irão buscar e garantir sua reprodução social e material. Para Alencar, essa é uma tendência histórica que vem se reafirmando no Brasil.

Na verdade, as condições sociais e econômicas do Brasil na atualidade refundam a tendência já historicamente predominante na sociedade brasileira, qual seja, a de resolver na esfera privada questões de ordem pública. Na ausência de direitos sociais, é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as circunstâncias adversas. (ALENCAR, 2008:63)

Como já vimos anteriormente, a partir dos anos 90, vem se consolidando o neoliberalismo no cenário político nacional. Apesar da tentativa constitucional de políticas públicas universalistas, não é esse o tom das políticas as quais temos acessos. Acessamos, sim, uma política que visa assegurar mínimos.

É por advento das mudanças ocorridas em favor dessa nova estrutura organizacional, que há transformações no mundo do trabalho. Alencar, em seu texto, afirma que “durante o governo Fernando Henrique Cardoso levou-se adiante a política de desregulamentação e flexibilização do mercado em nome do aumento da competitividade da economia nacional.” (ALENCAR, 2008:68). Ainda, segundo a autora, o governo culpabilizava pelos altos índices de desemprego, os próprios indivíduos, alegando sua desqualificação e as “relações de trabalhos ultrapassadas.” (ALENCAR, 2008:68).

Esses pretextos serviram para que se pudesse, a fim de se elevar a empregabilidade no país, flexibilizar os contratos de trabalho e diminuir os encargos patronais (ALENCAR, 2008). Sendo assim, a situação do trabalho no Brasil torna-se bastante complexa, com um número reduzido de trabalhadores

com “empregos estáveis” e um crescente número de “empregos instáveis” (ALENCAR, 2008:71).

Ao falar sobre o desemprego, a autora aponta para o aumento significativo dos índices na década de 90, podendo “ser considerado um fenômeno de massa” (ALENCAR, 2008:72). Ainda segundo a autora, esse quadro levou a saturação do mercado informal, deixando de ser uma alternativa.

Se antes era possível pensar na sobrevivência via mercado informal, o crescimento desse setor, acabou a levar a seu esgotamento e saturação, com a renda tendendo a cair devido à concorrência e a recessão. O setor informal, que sempre cumpriu o chamado efeito colchão, vê-se também ameaçado diante do inchaço provocado pela entrada de 1,7 milhão de pessoas entre 1984 e 1994. (ALENCAR,2008:72)

É fato que ao se ter mudanças no mundo do trabalho, há mudanças na renda. A redução de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho contribuiu para o processo de concentração de renda, pois concomitante a esse processo, há um crescente decréscimo na renda dos trabalhadores que estão cada vez mais a mercê da informalidade.

O mercado de trabalho tem efeitos na família, pois é a partir dele que esta se reproduz, acessa bens e serviços. Sobre os efeitos das variáveis do mercado de trabalho na família, temos:

Se o desemprego, o trabalho desqualificado e as remunerações insuficientes estruturam o cenário potencial de precariedade de vida, é na família que essas condições adquirem materialidade e são transformadas, delineando o modo como as situações adversas, relacionadas à pobreza, se inscrevem no cotidiano familiar. (ALENCAR, 2008:63)

A lógica neoliberal de uma retração nos gastos com políticas públicas faz com que recaia sobre a família a responsabilidade de salvaguardar seus indivíduos, acrescida do seu enfraquecimento, devido às condições cada vez menos favoráveis de trabalho e renda, tornando essa tarefa cada vez mais difícil.

Alencar ainda chama atenção para o fato de que a formação de uma família não é homogênea. O dinamismo de sua disposição vem passando por diversas transformações e se tornando um conceito múltiplo, de diversos arranjos e conformações. (ALENCAR, 2008)

A PNSPI, em seu texto, reconhece que os cuidados com o idoso foram praticamente de única responsabilidade da família, e que a presença de idosos e famílias frágeis torna de caráter urgente a “inserção nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso” (BRASIL, 2013), pois os outros dispositivos pouco avançaram no que diz respeito à prática.

Esses outros dispositivos, Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso, tratam a família por óticas diferenciadas. O Estatuto reafirma a lógica presente na PNSPI, onde a família tem papel de destaque no cuidado.

Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; (BRASIL, 2013)

De acordo com a Lei nº 10.741 de 2013, para fins legais, o idoso em situação de risco social sob cuidado da família caracteriza dependência econômica pela mesma (BRASIL, 2013), o que gera uma situação preocupante num momento de crise econômica.

Na Política Nacional do Idoso, é no documento sobre o enfrentamento da violência que se trata sobre a família, nele também se encontram as informações ainda mais preocupantes.

Ao se elencar o principal cuidador do idoso, o meio familiar se torna seu principal algoz, na medida em que estão entre os maiores praticantes da violência contra idosos seus filhos e conjugues, ou seja, seus familiares.

Torna-se, portanto, esse espaço um loco importante da intervenção estatal, não somente para perpetuar sua reprodução, mas para regular interações que nem sempre garantem os direitos de todos os indivíduos nela presentes.

Garantir o direito a saúde a essa parcela da população, que vem se tornando cada vez mais significativa, é um dos grandes desafios da política de saúde na atualidade. Assim como garantir também a resolução dos conflitos

gerados na família quando esta ocupa a posição de cuidador, pondo o idoso sob tutela da mesma.

A resolução do delay que se encontra hoje, provocado pelo aprofundamento do neoliberalismo, coloca as políticas sociais em retração, ao mesmo tempo em que temos já estabelecidas uma ampla legislação do idoso discutida anteriormente no âmbito do judiciário.

A judicialização das questões, a fim de acessar de forma individual direitos sociais constitucionais, é um método que vem sendo muito utilizado para acessar as políticas. Para entendermos o fenômeno do aumento do uso do poder judiciário, precisamos primeiramente fazer uma breve discussão a cerca do tema.

2.6 A Judicialização das Políticas Sociais

A cerca dessa temática Sierra entende: “a judicialização das políticas públicas pode ser entendida como o aumento desmesurado de ações judiciais movidas por cidadãos, que cobram o direito à proteção social.” (SIERRA, 2011:257)

No Brasil o processo de judicialização das políticas sociais começa a eclodir pós Constituição de 88. É no próprio texto constitucional que, segundo Sierra, foi atribuído ao poder judiciário o papel de “interprete do controle da constitucionalidade” (SIERRA, 2011:257).

Anteriormente foi salientado que a prática da atual política econômica, se contrapunha com a base da seguridade social, promulgada na constituição. A dificuldade da efetivação dos direitos se torna uma questão ao longo da década de 90, o estado em contrapartida elege como principal dificuldade o crescimento exponencial da demanda. (SIERRA, 2011:257)

A solução encontrada pelo estado é a solução que esta de acordo com o ideário neoliberal, agravando a situação em que se encontram as políticas. A autora acredita que o entendimento da judicialização para a efetivação dos direitos sociais, pode ser explicitado pela contradição existente na inflação de direitos, que acaba por contribuir na degradação da proteção social. (SIERRA, 2011:257)

O envolvimento do Poder Judiciário na execução das políticas públicas trouxe uma série de implicações com o reconhecimento dos direitos de grupos sociais, pela opção de requerer judicialmente a consideração com a privação material a que estão submetidos. Daí a tendência à invasão no Poder Judiciário por aqueles que, sem condições para recorrer aos serviços no mercado, não conseguem garantir seus direitos pelo acesso às políticas do governo. (SIERRA, 2011:257)

Para que houvesse essa autoridade por parte do judiciário, no que diz respeito ao fazer cumprir os direitos sociais, segundo Sierra, no Brasil buscou-se garantir a possibilidade do estado responder, no campo jurídico, por esse tipo de violação. Através da Constituição de 88 instrumentalizou-se o judiciário para que esse movimento pudesse acontecer.

A Constituição de 88 atendeu a esta demanda ao incorporar recursos, como a ação civil pública, o mandado de segurança, o mandado de injunção, que podem ser utilizados para pressionar o governo a executar medidas em favor do cumprimento da lei. (SIERRA, 2011:258)

Essa demanda trouxe como resultado “o estreitamento da relação entre os juízes e a política” (SIERRA, 2011: 258). As críticas a esse fenômeno estão ligadas a se acreditar que a individualização das demandas, para além de causar um esvaziamento de outros espaços de mobilização política, descaracterizam a demanda como coletiva.

Em contrapartida as críticas sobre a judicialização, Sierra afirma que esse movimento está muito mais relacionado a politização da justiça. Afirma em seu texto que não há garantias que a sociedade estaria melhor politicamente organizada sem esse mecanismo, que ainda segundo a autora é um mecanismo de acesso a cidadania. (SIERRA, 2011: 258;262)

Por fim a preocupação passa pelo limite dessa ação, onde as ordens judiciais não garantam mais o cumprimento por parte do estado. O entendimento de que é por intermédio da ação judicial o único meio de acesso a direitos sociais causou um aumento na procura na resolução desse conflito na esfera jurídica. Para Sierra denota certa ambiguidade, pois ao passo que

sobe a pressão social em defesa das políticas sociais ameaça a autoridade do Poder Judiciário. (SIERRA, 2011:260)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar que nunca houve de fato um Estado de Bem Estar Social no Brasil. As políticas sociais, através da constituição, ganharam terreno no âmbito legal. A constituição de 88, dita cidadã, traz em seu texto grandes avanços sociais fruto de um momento político favorável a tais avanços.

A criação do SUS e todo seu aparato legal segue essa lógica, a presença do ideal sanitarista no escopo da política de saúde mostra uma mudança na visão de saúde que se tinha até então. Saúde voltada somente para o tratamento de doença, para uma visão de saúde onde a prevenção da doença é parte importante do processo.

Todo o avanço conseguido até então começa a sofrer oposição, a partir da década de 90, com o alinhamento aos ideários neoliberais. A medida que ganha espaço no cenário político, o neoliberalismo vai de encontro com a base das políticas sociais estabelecidas constitucionalmente.

O SUS com sua prática universal, passa a não se alinhar com o que prega a política econômica vigente. Essa divergência faz com que essa política de saúde venha sendo posta em dúvida e há resistência em colocá-la em prática.

Temos então um SUS constitucional que não chega a ser plenamente posto em prática, mas que já encontra dificuldades. Das dificuldades encontradas a mais preocupante é o modelo que se contrapõe a ele, o projeto de saúde articulado ao mercado, que esta de acordo com os interesses neoliberais.

Em um país com uma falha no histórico de políticas sociais que atendam de forma satisfatória as demandas da população, ter uma ampla legislação e não praticá-la é abrir um novo capítulo de lutas para que vejamos direitos assegurados para além da legislação.

Atento a essa particularidade, foi importante salientar a parcela da população que mais acessa e necessita dos serviços de saúde. A escolha de chamar atenção para a terceira idade segue uma tendência da sociedade que atenta para esse frágil segmento. Portanto, estando o SUS sofrendo com a atual tendência política, os idosos e seus acessos a esse serviço também se tornam deficitários.

Há uma ampla legislação para a terceira idade, houve avanços, entretanto já temos a presença de ideias inerentes ao neoliberalismo em algumas delas.

É um exemplo disso, a presença em todas as legislações voltadas ao idoso, aqui discutidas, a eleição da família como responsável pelo idoso em algum momento do texto legal. Seja no cuidado, responsabilidade financeira, zelando pela saúde, independente de onde esteja salientada a participação, a presença da família é um fato.

Um indicativo de que permeiam por nossas leis uma responsabilização da família pelo cuidado com o idoso. Levando-se em conta que para a lógica neoliberal cabe a família, a comunidade e aos serviços privados, o que o Estado de Bem Estar atribui as políticas sociais. O pareamento de ideia, nesse sentido, se faz presente ainda que de forma pontual.

A família tal qual o idoso, se encontra na mesma situação onde a deficiência das políticas sociais se faz presente. Mantendo-se através do trabalho, outro setor que está sendo reestruturado para se adequar aos preceitos neoliberais, a família encontra-se envolta nas mesmas dificuldades, pois é do trabalho que vem seu meio de subsistência.

Portanto a quem se elencou o cuidado do idoso, assim como os meios de prevenção de doença e manutenção da saúde, passa por dificuldades. A contraposição ao neoliberalismo existente no molde das políticas sociais faz com que a situação se tencione cada vez mais.

A situação tanto com a família, tanto com o acesso a saúde se mostrou um problema para o idoso. Torna-se mais grave se entendermos que ao se ter negado o acesso a saúde estamos negando um direito inalienável, segundo nossa constituição federal, o direito a vida.

Na tentativa, e como ultima alternativa de ter todos seus direitos assegurados, a via judiciária se mostrou um caminho pelo qual pode-se exigir o cumprimento da lei. Esse procedimento tem se tornado tão recorrente, que a ameaça de torna-lo inefetivo esta cada vez mais próxima de se concretizar. No afã de acessar serviços de saúde recorre-se cada vez mais a esse dispositivo, isso encaminha ao esgarçamento, a medida que o Estado deixa de cumprir o que é determinado.

Diante desses elementos, é cada vez mais importante e mais urgente uma defesa do SUS, os preceitos constitucionais precisam ser vivenciados no dia a dia. As políticas e projetos alinhados ao neoliberalismo, vem ganhando terreno cada vez mais, a medida que as existentes não respondem as demandas. Precisamos que a defesa e a luta pelo SUS vá além da elaboração de novas leis, passe a lutar pela implementação.

A implementação de toda a legislação de saúde, no atual cenário é o maior desafio dessa política. Deixar a terceira idade a mercê da saúde precarizada, é abandoná-la a própria sorte. O Brasil esta aumentando cada vez mais sua população idosa, o problema da saúde da terceira idade é um dilema a ser debatido hoje. Um futuro velho e doente não é o que se pretende para uma pátria cidadã.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política social família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Congresso Nacional, 2003.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Congresso Nacional, 1990.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Congresso Nacional, 1994.

_____. **Política Nacional de leis que formam a organização de Saúde da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde, 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais**. 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua de Mortalidade**. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em < <http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=0102> > Acessado em 1/07/2015 às 17:46.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil**. In: Mota et.al.(Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M.I; MATOS, M. C. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Organizadoras) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sócias e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos** - Seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

LAURELL, A. C. Estado e política social no neoliberalismo. In: _____(Org.). **Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo**. São Paulo: Cortez. 1992. p. 151-178.

MIRANDA, V. S. N. **A conexão com a gestão com a política de humanização da saúde**: a experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/ Belo Horizonte- MG. 2009. 399 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, G. Q. **Estratégias na luta pela saúde**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, V. M. **Atuação do Assistente Social na Saúde do Idoso**: possibilidades e perspectivas. 2010. 41 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Geriatria e Gerontologia) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2010.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury e MENDONÇA, Maria Helena Maria. **Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil**: Comparações. In FLEURY (Org) Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. São Paulo- Cortez; Rio de Janeiro ABRASCO. 1989.